Радиационный (постлучевой) некроз зубов

**Радиационный  (постлучевой) некроз** – часто возникает  после лечения злокачественных образований излучением, а также у лиц работающих в условиях радиации.

 Радиационный или постлучевой некроз, говорит о причинах его образования, но, тем не менее, все больше ученых в последнее время подвергают сомнениям традиционную точку зрения. Они утверждают, что очаги радиационного некроза могут образоваться как после непосредственного действия лучистой энергии на эмаль, так и при нарушении белкового и минерального обмена в организме.

**Патогенез** радиационного некроза пока не выяснен. Вероятнее всего, некроз является следствием морфологических, сосудистых и дегенеративных изменений в зубной пульпе. По другой версии, после облучения, у больного наблюдается сухость во рту (ксеростомия), иммунодепрессивное состояние, что и приводит к некрозу. Кроме того, после облучения, в организме происходят специфические изменения: подавляется металлосодержащая ферментная система, в первую очередь, железосодержащая, которая участвует в процессе тканевого дыхания. Вследствие этих нарушений в тканях, в том числе и в пульпе, накапливаются недоокисленные продукты метаболизма, что приводит к нарушениям трофики и физиологических процессов минерализации дентина и эмали. Данные изменения тоже, могут способствовать образованию радиационного некроза.

**Клиника радиационного некроза** очень яркая. Почти у всех больных возникают очаговые эрозии (радиомукозит) в области губ, щек, языка, кроме того, может наблюдаться потеря вкусовых ощущений, ксеростомия (сухость во рту). А через 3-6 месяца после лучевого воздействия, эмаль зуба теряет свой блеск, становится бледно-сероватого цвета. После появляются зоны некроза, которые заполнены рыхлой некротической массой и имеют темную окраску. Характерной чертой радиационного некроза эмали является безболезненность данных участков, что свидетельствует о подавлении функции одонтобластов. Следует отметить, что со временем некротические зоны становятся больше, захватывая большую часть зуба. Если не лечить, то через 1-2 года пораженными окажутся приблизительно 96% зубов.

Интенсивность радиационного некроза зависит от зоны и дозы облучения. Если облучались голова, шея и плечи, тогда возникает обширное некротическое поражение зубов, а во всех остальных случаях, наблюдается остротекущий кариес с некоторыми клиническими особенностями:

1. Кариозные поражения безболезненны, даже при зондировании. Показатели электроодонтометрии понижены до 15-25 мкА.
2. Полость имеет неровные края, которые в пределах эмали хрупки и прозрачны. В полости зуба присутствует размягченная серая масса, удаление которой почти безболезненно.
3. Наблюдается тотальное выпадение пломб.

При хроническом облучении поражение зубов носит хронический характер. Наблюдается образование плоских дефектов, покрытых серым налетом,  под которым находятся твердая эмаль и дентин.

Единственным методом профилактики радиационного некроза является понижение прямого действия радиации на зубную ткань. Например, для онкологических больных изготавливают специальные свинцовые каппы, которые больной надевает перед каждым сеансом лучевой терапии.

После сеансов следует проводить общую и местную реминерализирующую терапию с комплексом антиоксидантов. Если через 3-4 недели после терапии появляется гиперчувствительность дентина - это хороший признак, и свидетельствует о восстановлении пульпы и функций одонтобластов.

**Лечение радиационного некроза** проводят этапами:

1. Осторожно удаляют некротические массы из дефектов зубов ручным экскаватором так, чтобы не открыть полость зуба.
2. Вводят кальцифицирующую пасту. Пасту тонким слоем накладывают на дефект и закрывают временным пломбировочным материалом.
3. Через 1-1.5 месяца удаляют некротизированные массы и вновь накладывают кальцифицирующую пасту и закрывают полость постоянным цементом.